

การศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดมดลูกแบบผ่าตัดผ่านกล้องและผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง: ประสบการณ์ 10 ปี

Comparison Between Total Laparoscopic Hysterectomy Versus Total Abdominal Hysterectomy: a Retrospective Review Over Ten Years

ปวีณา หันชนะนา, พ.บ.

Pawina Hunchana, M.D.

Abstract

Objective: To compare hysterectomy outcomes between total abdominal hysterectomy (TAH) versus total laparoscopic hysterectomy (TLH).

Method: This study was a retrospective cohort study of women who underwent TAH and TLH in Somdet Phra Yuppharat Loeng Nok Tha hospital from 1 January 2013 to 31 December 2023.

Results: One hundred twenty-one patients who underwent conventional TAH (n=61) or TLH (n=60) were included in this study. The mean age was 46.02 ± 9.89 years. Serum hemoglobin change in the TAH was significantly higher than the TLH (median=11.4, IQR 9.1-11.8 g/dl and median=10, IQR 5.9-11.4 g/dl, p -value=0.002), estimated blood loss in the TAH was significantly higher than the TLH (median=200, IQR 100-300 ml and median 50, IQR 20-125 ml, p -value <0.001), but no statistically significant different in total operating time, uterine weight, postoperative stay and visual analogue scale (VAS) score at postoperative.

Conclusions: These results indicate that TLH had less estimated blood loss. It should be considered

an alternative hysterectomy method. However, total operating time and postoperative stay were similar, or the advantages may be higher in some selected patients.

Keywords: hysterectomy, total laparoscopic hysterectomy, total abdominal hysterectomy

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดมดลูกแบบผ่าตัดผ่านกล้องและผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง

วิธีการศึกษา: การศึกษาชนิดมีกลุ่มเปรียบเทียบเก็บข้อมูลย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมดลูกด้วยการผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้องหรือการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ตั้งแต่ 1 มกราคม 2556 ถึง 31 ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง 121 ราย แบ่งเป็นผ่าตัดมดลูกแบบผ่าตัดผ่านกล้อง 60 ราย ผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง 61 ราย อายุเฉลี่ย 46.02 ± 9.89 ปี ระดับฮีโมโกลบินลดลงกลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องสูงกว่าการผ่าตัดผ่านกล้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Median=11.4, IQR 9.1-11.8 g/dl และ Median =10, IQR 5.9-11.4 g/dl, p -value=0.002) ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องสูงกว่าการผ่าตัดผ่านกล้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Median=200, IQR 100-300 ml และ Median 50, IQR 20-125 ml, p -value<0.001) แต่ระยะเวลาการผ่าตัด น้ำหนักชิ้นเนื้อ และระยะเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาล ความปวดหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน

สรุป: การผ่าตัดมดลูกแบบผ่านกล้องมีปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัดน้อย และมีความปลอดภัยจึงเป็นทางเลือกของการผ่าตัดรักษาโรคทางนรีเวช อย่างไรก็ตามระยะเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน ดังนั้นควรให้ข้อมูลข้อดีข้อเสียประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วย

วันที่รับ (received) 4 มิถุนายน 2567

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 26 กรกฎาคม 2567

วันที่ตอบรับ (accepted) 5 สิงหาคม 2567

Published online ahead of print 24 กันยายน 2567

กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร
Department of Medicine, Somdet Phra Yuppharat Loeng Nok Tha hospital,
Yasothon

Corresponding Author: ปวีณา หันชนะนา

กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

Email: Upoweena@gmail.com

doi:

คำสำคัญ: การผ่าตัดมดลูก, การผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง, การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง

บทนำ

มดลูกมีลักษณะรูปร่างคล้ายลูกแพร์คว่ำ (Inverted pear shape) ขนาดปกติยาวประมาณ 7 เซนติเมตร กว้าง 5 เซนติเมตร เส้นผ่านศูนย์กลาง 2.5 เซนติเมตร น้ำหนักประมาณ 20-50 กรัม อยู่ด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะและอยู่ด้านหลังของลำไส้ใหญ่ส่วนแรกตัม (Rectum) และซิกมอยด์ (Sigmoid) มดลูกจะลอยอยู่ โดยอาศัยการพยุงไว้ของกล้ามเนื้อช่องท้อง และเส้นเอ็น (Ligament)¹ การผ่าตัดมดลูก (Hysterectomy) เป็นการผ่าตัดที่ทำกันมากในทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา² หมายถึง การนำมดลูกออก³ เพื่อรักษาโรคทางนรีเวช ชนิดมะเร็งและชนิดที่ไม่ใช่มะเร็ง สามารถแบ่งประเภทของการผ่าตัดตามช่องทางการผ่าตัด ดังนี้ การผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้องแบบปกติการผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด การผ่าตัดมดลูกโดยใช้กล้องส่องช่องท้อง การผ่าตัดมดลูกโดยใช้กล้องส่องช่องท้องช่องคลอด⁴ การผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้อง แพทย์จะเปิดแผลเป็นแนวยาวบริเวณหน้าท้อง เพื่อนำมดลูกและปากมดลูกออกมา วิธีนี้เป็นวิธีหลักที่ใช้กันโดยทั่วไป⁵ เพราะช่วยให้สูติแพทย์มองเห็นมดลูก และอวัยวะรอบๆ ได้อย่างชัดเจน สามารถผ่าตัดได้แม้ในกรณีซับซ้อน หากอวัยวะข้างเคียงมีความผิดปกติก็สังเกตเห็นได้ เหมาะกับคนที่มีมดลูกขนาดใหญ่⁶ ส่วนการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องเป็นการผ่าตัดโดยการสอดกล้องผ่านเข้าไปในช่องท้อง ซึ่งได้รับการยอมรับถึงประโยชน์ที่มากกว่าการผ่าตัดเปิดหน้าท้องแบบดั้งเดิมอย่างมาก ด้านสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วกว่า การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง^{7,8} แต่เป็นการทำผ่าตัดที่ทำได้ยากกว่า และใช้เวลานานกว่าการทำผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ต้องใช้แพทย์ผู้ชำนาญ และเชี่ยวชาญเฉพาะในการทำผ่าตัด เพราะหากไม่มีความชำนาญ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา นอกจากนี้อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการทำผ่าตัดมีหลายชนิด บางอย่างเป็นอุปกรณ์พิเศษเฉพาะด้าน ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง และการผ่าตัดส่องกล้องส่องทางหน้าท้อง ยังไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาลทุกแห่ง เนื่องจากต้องอาศัยแพทย์ที่มีความชำนาญพิเศษเฉพาะด้าน ในการทำผ่าตัดรวมทั้งต้องร่วมมือในการทำงานในสหสาขา ระหว่าง แพทย์ วิศวกร แพทย์ พยาบาลและบุคลากรอื่นอีกหลายสาขา^{7,8}

ในประเทศไทยนั้น การผ่าตัดผ่านกล้องยังจำกัดอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เนื่องจากแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านนี้มีน้อย เครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้องมีราคาสูง สำหรับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ได้เริ่มมีการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้อง การเลือกวิธีที่ผ่าตัดมักถูกกำหนดโดยประวัติการผ่าตัดทางหน้าท้องมาก่อน ขนาดมดลูก

และพยาธิสภาพภายในอุ้งเชิงกราน การศึกษานี้จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมประสบการณ์ การผ่าตัดมดลูกของผู้วิจัย ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาเพื่อศึกษาข้อดี ข้อด้อย ของการผ่าตัดมดลูกแบบผ่าตัดผ่านกล้องและผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องว่าจะได้ผลการผ่าตัดที่ดีกว่าในด้านใดบ้าง เพื่อใช้ข้อมูลในการพัฒนาการผ่าตัดมดลูกให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากขึ้นรวมถึงส่งเสริม และเป็นแบบอย่างแก่โรงพยาบาลอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดมดลูกแบบผ่าตัดผ่านกล้องและผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ในด้านระยะเวลาการผ่าตัด ระดับฮีโมโกลบินลดลง น้ำหนักชิ้นเนื้อ ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด ระยะเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และความต้องการยาแก้ปวดหลังผ่าตัด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้มีกลุ่มเปรียบเทียบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective cohort study) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดมดลูกด้วยการผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้องหรือการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ตั้งแต่ 1 มกราคม 2556 ถึง 31 ธันวาคม 2566 โดยทุกหัตถการทำโดยสูตินรีแพทย์คนเดียวกัน ที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะด้านผ่าตัดทางนรีเวชผ่านกล้อง ผลลัพธ์การผ่าตัดจะถูกบันทึกในเวชระเบียน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการทบทวนเพื่อเก็บข้อมูลย้อนหลัง จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power⁹ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยอาศัยหลักการวิเคราะห์อำนาจ (Power analysis) กำหนด Power (1- β err prob) ที่ระดับ 0.95 และการคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.6⁹ ค่าความเชื่อมั่น 95 % ได้กลุ่มตัวอย่างรวมอย่างน้อย 121 คน แบ่งเป็นกลุ่ม TAH จำนวน 61 คน กลุ่ม TLH จำนวน 60 คน ที่มีคุณสมบัติในเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ อายุมากกว่า 18 ปี ได้รับผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องทางหน้าท้องหรือผ่าตัดมดลูกแบบเปิดทางหน้าท้อง โดยทุกหัตถการทำโดยสูตินรีแพทย์คนเดียวกัน และผลลัพธ์การผ่าตัดจะถูกบันทึกในเวชระเบียน โดยคัดผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องเมื่อขนาดมดลูกน้อยกว่า 16 week's pregnancy size หรือ ตำแหน่งเนื้องอกหรือพยาธิสภาพไม่ถูกบดบังจากมดลูกหรือไม่เคยผ่าตัดช่องท้องด้วยโรคอื่นมาก่อน

เกณฑ์คัดเลือกออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพเป็นเนื้อร้ายจากการวิจัยการตรวจมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหัวใจขั้นรุนแรง (NYHA class IV) และผู้ป่วยที่มีการไหลเวียน

เลือดไม่คงที่ เนื่องจากแผนกสูติของโรงพยาบาลยังไม่พร้อม เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

1. ฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ตั้งแต่วันที่ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2556 ถึง 31 ธันวาคม 2566

2. แบบคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียน สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ดัชนีมวลกาย ข้อบ่งชี้ผ่าตัดส่องกล้อง โรคประจำตัว ประวัติการคลอด ประวัติการผ่าตัดช่องท้อง ประเภทการผ่าตัดมดลูก น้ำหนักขึ้นเนื้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผลการผ่าตัด ประกอบด้วย ระยะเวลาการผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงของระดับฮีโมโกลบิน ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด ระยะเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดหรือหลังจากผ่าตัด ระดับความปวดหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง และ ส่วนที่ 3 ปริมาณความต้องการยาแก้ปวดหลังผ่าตัดที่ 24 และ 48 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐานถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ผลลัพธ์จะถูกนำเสนอในรูปแบบของความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) สำหรับข้อมูลต่อเนื่องที่มีการกระจายแบบปกติ และ ใช้การแสดงความมัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile range, IQR) สำหรับข้อมูลต่อเนื่องที่มีการกระจายแบบไม่ปกติ

2. เปรียบเทียบผลการผ่าตัดมดลูก ระหว่างผ่าตัดผ่านกล้องและผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง ใช้การทดสอบ Independent t-test สำหรับข้อมูลต่อเนื่องที่มีการกระจายแบบปกติ หรือ Mann-whitney u test สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง ที่มีการกระจายแบบไม่ปกติ และการทดสอบแบบไคสแควร์ (Chi-square test) สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่มขึ้นอยู่กับความเหมาะสม ระดับความ

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป (n=121)	TAH (n=61)	TLH (n=60)	Total (n=121)	p-value
อายุเฉลี่ย (ปี), mean ± SD	47.3±8.7	44.6±10.7	46.0±9.8	0.13 ^a
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย (kg/m ²), mean ± SD	25.4±4.3	25.1±3.8	25.3±4.1	0.76 ^a
ข้อบ่งชี้การผ่าตัด, ครั้ง (%)				0.76 ^c
- Adenomyosis, n (%)	6 (9.8)	7 (11.6)	13 (10.7)	
- Endometrial hyperplasia, n (%)	4 (6.5)	6 (10.0)	10 (8.2)	
- Endometriosis, n (%)	3 (4.9)	3 (5.0)	6 (4.9)	
- Ovarian tumor, n (%)	4 (6.5)	1 (1.6)	5 (4.1)	

เชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซ็นต์ ค่า p-value น้อยกว่า 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเนื้อหาของเครื่องมือประเมิน โดยใช้ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น ในการตรวจสอบความถูกต้องเชิงปรากฏ (Face validity) โดยนำแบบคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย สูตินรีเวช แพทย์ 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ 1 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เอกสารรับรองเลขที่ HE 6737/2567 วันที่รับรอง 29 มีนาคม 2567

ผลการศึกษา

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก 121 คน เป็นกลุ่มผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (TAH) 61 คน และ ผ่าตัดผ่านกล้อง (TLH) 60 คน อายุเฉลี่ย 46.0±9.8 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.3±4.1 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนใหญ่เนื้องอกในมดลูก (Uterine fibroids) ร้อยละ 69.4 และ มดลูกโตจากเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (Adenomyosis) ร้อยละ 10.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 31.4 และมีประวัติการผ่าตัดช่องท้อง ร้อยละ 51.2 และพบว่าข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ข้อบ่งชี้การผ่าตัด โรคประจำตัว จำนวนครั้งการคลอด ประวัติการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องและผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป (n=121)	TAH (n=61)	TLH (n=60)	Total (n=121)	p-value
- Uterine fibroids, n (%)	42 (68.8)	42 (70.0)	84 (69.4)	
- Cervical intraepithelial neoplasia, n (%)	2 (3.2)	1 (1.6)	3 (2.4)	
มีโรคประจำตัว, ครั้ง (%)	19 (31.1)	19 (31.6)	38 (31.4)	0.95 ^c
จำนวนครั้งการคลอด, median (IQR)	0 (0-2)	0 (0-2)	0 (0-2)	0.70 ^b
มีประวัติการผ่าตัดช่องท้อง, ครั้ง (%)	29 (47.5)	33 (55.0)	62 (51.2)	0.41 ^c

* p-value<0.05, ^a independent t-test, ^b mann–whitney u test, ^c chi-square test, IQR: interquartile range, TLH: total laparoscopic hysterectomy, TAH: total abdominal hysterectomy

เปรียบเทียบผลการผ่าตัดมดลูก

ระดับฮีโมโกลบินลดลงกลุ่มผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้องสูงกว่าการผ่าตัดผ่านกล้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Median 11.4, IQR 9.1-11.8 g/dl และ Median 10, IQR 5.9-11.4 g/dl, p-value=0.002) ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัดกลุ่มผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้องสูงกว่า และการผ่าตัดผ่านกล้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Median 200, IQR 100-300 ml และ Median 50, IQR 20-125 ml, p-value<0.001) การเกิดภาวะแทรกซ้อนกลุ่มผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้องสูงกว่าและการ

ผ่าตัดผ่านกล้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.044) โดยกลุ่มผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้องพบ Pelvic Haematoma 2 ราย การบาดเจ็บในท่อไต (Ureter injury) 1 ราย การบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ (Bladder injury) 1 ราย แต่กลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องไม่พบภาวะแทรกซ้อน แต่ระยะเวลาการผ่าตัด (Median 100, IQR 72-145 นาที และ Median 100, IQR 80-120 นาที, p-value=0.86) และระยะเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาล (Median 2, IQR 2-4 วัน และ Median 2.5, IQR 2-4 วัน, p-value=0.52) ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการผ่าตัด

ข้อมูลทั่วไป (n 61:60)	TAH median (IQR)	TLH median (IQR)	Total median (IQR)	p-value
ระยะเวลาการผ่าตัด (นาที)	100 (72-145)	100 (80-120)	100 (75-130)	0.86 ^b <0.05 ^{*b}
ระดับฮีโมโกลบินลดลง (g/dl)	11.4 (9.1-11.8)	10 (5.9-11.4)	10.2 (8.5-11.7)	<0.05 ^{*b} <0.05 ^{*b}
น้ำหนักขึ้นเนื้อ (กรัม)	214.5 (191.9-262.5)	262.5 (211-372)	237.1 (198.7-320)	0.52 ^b 0.04 ^{*c}
ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด (ml)	200 (100-300)	50 (20-125)	100 (50-200)	
ระยะเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาล (วัน)	2 (2-4)	2.5 (2-4)	2 (1-4)	
ภาวะแทรกซ้อน, ครั้ง (%)	4 (6.5)	0 (0.0)	4 (3.3)	
- Bladder injury	1	0 (0.0)		
- Ureter injury	1	0 (0.0)		
- Pelvic haematoma	2	0 (0.0)		

* p-value<0.05, ^b mann–whitney u test, ^c chi-square test, IQR: interquartile range, TLH: total laparoscopic hysterectomy, TAH: total abdominal hysterectomy

ปริมาณความต้องการยาแก้ปวดหลังผ่าตัด

ระดับความปวดหลังผ่าตัด 24 และ 48 ชั่วโมง และจำนวนวันที่ใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่มผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้องและผ่าตัดผ่านกล้องไม่แตกต่างกัน แต่ปริมาณความต้องการยา

แก้ปวด Morphine Sulfate กลุ่มผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้องสูงกว่าการผ่าตัดผ่านกล้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปริมาณความต้องการยาแก้ปวดหลังผ่าตัด

ข้อมูลทั่วไป (n=61:60)	TAH median(IQR)	TLH median(IQR)	Total median(IQR)	p -value
VAS score				
หลังผ่าตัดที่ 24 ชั่วโมง	7 (4-7)	6 (3-7)	7 (4-7)	0.11 ^b
หลังผ่าตัดที่ 48 ชั่วโมง	3 (2-6)	2.5 (2-3)	3 (2-5)	0.08 ^b
Morphine sulfate (mg)				
หลังผ่าตัดที่ 24 ชั่วโมง	3 (0-3)	0 (0-3)	0 (0-3)	<0.05* ^b
หลังผ่าตัดที่ 48 ชั่วโมง	0 (0-2)	0 (0-0)	0 (0-2)	<0.05* ^b
จำนวนวันที่ใช้ยาบรรเทาปวด	0 (0-1)	0 (0-1)	0 (0-1)	0.45 ^b

* p -value<0.05, ^b mann-whitney u test, ^c chi-square test, IQR: interquartile range, TLH: total laparoscopic hysterectomy, TAH: total abdominal hysterectomy

วิจารณ์

จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยการผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้องและแบบผ่าตัดผ่านกล้อง ทั้งสองกลุ่มมีอายุ ดัชนีมวลกาย ข้อบ่งชี้การผ่าตัด โรคประจำตัว จำนวนครั้งการคลอด ประวัติการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องและผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องไม่แตกต่างกัน

การศึกษาข้างต้นพบว่ากลุ่มผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้องมีปริมาณการสูญเสียเลือดสูงกว่า การผ่าตัดผ่านกล้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ประมาณ 200 และ 50 มิลลิลิตร ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Uwais พบว่าการผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้องเสียเลือดประมาณ 470 มิลลิลิตร ส่วนการผ่าตัดผ่านกล้องเสียเลือดประมาณ 327 มิลลิลิตร¹⁰ ทั้งนี้เพราะการผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องนั้น มีแผลขนาดเล็กเพียง 0.5 เซนติเมตร 3-4 รู ซึ่งแผลมีขนาดเล็กกว่าการเปิดหน้าท้องแบบเดิม ซึ่งเป็นแผลยาว 1 แผล ตรงแนวกลางท้องจากใต้สะดือถึงเหนือกระดูก Pubic Symphysis จำนวน 1 แผลยาว 12-20 เซนติเมตร แปรตามขนาดของมดลูก รวมทั้งเครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้อง สามารถตัดและหยุดเลือดได้ดีกว่าการเย็บผูกแบบเปิดซึ่งกล้องที่ผ่าตัดสามารถขยายภาพ จนมองเห็นเส้นเลือดได้ชัดเจนกว่ามองด้วยตาเปล่า ถึงหลีกเลี่ยงเส้นเลือดหรือหยุดเลือดได้ดีกว่า

การศึกษานี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อน จากการผ่าตัดผ่านกล้อง แต่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง 4 ราย ได้แก่ Pelvic Haematoma 2 ราย พบหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ไม่ได้ทำหัตถการเพิ่มเติม Bladder Injury 1 ราย และ Ureter

Injury 1 ราย ได้ทำการผ่าตัดซ่อมแซมเลยทันที ไม่ต้องให้เลือดหลังผ่าตัด ดังนั้นการผ่าตัดผ่านกล้องจึงเป็นทางเลือกที่ดีระยะเวลาการผ่าตัดไม่แตกต่างกัน โดยมีระยะเวลาประมาณ 100 นาที แตกต่างจากการศึกษาของ Farooq พบว่าการผ่าตัดมดลูกแบบผ่าตัดผ่านกล้องใช้เวลา 112 นาที ซึ่งมากกว่าการผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้องที่ใช้เวลา 81 นาที¹¹ รวมถึง Uwais พบว่าการผ่าตัดมดลูกแบบผ่าตัดผ่านกล้องใช้เวลา 157 นาที การผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้องที่ใช้เวลา 149 นาที¹⁰ ทั้งนี้พบว่าการศึกษานี้ใช้ระยะเวลาผ่าตัดทั้งสองวิธีน้อยกว่า การศึกษาก่อนหน้านี้ เนื่องจากความสามารถของผู้ผ่าตัดและผู้ช่วยผ่าตัด ซึ่งต้องใช้ความเชี่ยวชาญ และเวลาในการเรียนรู้พัฒนาทักษะ และสะสมประสบการณ์

ระยะเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลใกล้เคียงกัน โดยการศึกษานี้มีระยะเวลาการพักฟื้นประมาณ 2-4 วัน เพราะต้องการดูแลผู้ป่วยให้แน่ใจว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ผู้ป่วยกลุ่มผ่าตัดส่องกล้องสามารถลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด แต่แพทย์ก็ให้นอนโรงพยาบาลต่อ เพราะแพทย์ยังใหม่ในการผ่าตัดส่องกล้อง เพราะกลัวมีภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าการผ่าตัดมดลูกแบบผ่าตัดผ่านกล้องมีระยะเวลาพักฟื้นที่สั้นกว่าจากการศึกษาของ Uwais โดยพบว่าการผ่าตัดมดลูกแบบผ่าตัดผ่านกล้องพักฟื้นประมาณ 2 วัน การผ่าตัดมดลูกแบบเปิดหน้าท้องใช้เวลาพักฟื้นประมาณ 3 วัน¹⁰ ส่วน Farooq พบว่าการผ่าตัดมดลูกแบบผ่าตัดผ่านกล้องพักฟื้นประมาณ 3 วัน การผ่าตัดมดลูก

แบบเปิดทางหน้าท้องใช้เวลาพักฟื้นประมาณ 6 วัน¹¹ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผู้ป่วยผ่าตัดทั้งสองวิธีมีระยะฟื้นตัวได้เร็ว และระดับความปวดหลังผ่าตัดถึง 48 ชั่วโมง ของทั้งสองวิธีใกล้เคียงกัน แต่อย่างไรก็ตามเมื่อติดตาม 7 วัน หลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดส่องกล้องสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่า ลูกเดินนั่งได้คล่องกว่าทำให้คุณภาพชีวิตดีกว่า

สรุป

การผ่าตัดมดลูกผ่านกล้องมีแผนขนาดเล็ก ปริมาณการเสียเลือดน้อย มีภาวะแทรกซ้อนน้อย กระทบกระเทือนต่ออวัยวะภายในน้อยเนื่องจากแผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก ใช้กล้องส่องขยายขณะผ่าตัดทำให้เห็นกายวิภาคได้ชัดเจน ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นเลือดได้ลดลง เสียเลือดน้อยลง สามารถใช้แทนการผ่าตัดโดยวิธีมาตรฐานสำหรับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเพียงพอ การศึกษานี้มีข้อดีที่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการผ่าตัดด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญคนเดียวกัน ซึ่งมีประสบการณ์ในการผ่าตัดมดลูกทำให้เทคนิคการผ่าตัดและขั้นตอนที่สำคัญของการผ่าตัดยังคงเดิมตลอดการศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์เจนวิทย์ เวชกามา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ที่ให้ข้อเสนอแนะ การศึกษาวิจัย รวมทั้งเจ้าหน้าที่เวชระเบียนที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ขอขอบคุณ แพทย์ พยาบาล ทีมผ่าตัดที่ให้คำแนะนำ และให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์แก่การศึกษา รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการเก็บข้อมูล และสนับสนุนให้การศึกษาที่ลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Leksomboon R. Reviewing anatomy and physiology of the female reproductive system to understand the mechanism of pregnancy prevention. Journal of Ubon Ratchathani university. 2009;11(2):25-37.
2. Balakrishnan D, Dibyajyoti G. A comparison between non-descent vaginal hysterectomy and total abdominal hysterectomy. Journal of clinical and

diagnostic research: JCDR. 2016;10(1):QC11.

3. Ruangcharoen P. Abdominal hysterectomy [online]. [cited 2022 June 22]. Available from: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/6074/>.
4. Ekanayake C, Pathmeswaran A, Kularatna S, Herath R, Wijesinghe P. Cost evaluation, quality of life and pelvic organ function of three approaches to hysterectomy for benign uterine conditions: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2017;18(1):1-10.
5. Lefebvre G, Allaire C, Jeffrey J, Vilos G. RETIRED: No. 109-Hysterectomy. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2018;40(7):e567-e79.
6. Babu SA. Te Linde's Operative Gynecology: Wolters Kluwer India Pvt. Ltd.; 2021.
7. Chaisilpwatana P. Laparoscopic Surgery in gynecology. In: Kunatikom S, Teerasakwittaya S, Propong P, editors. gynecology. Bangkok: P.A. Living; 1999. p. 491-97.
8. Sucharipong P, Chaisilpwatana P. Laparoscopic Surgery in gynecology. In: Wongthiraporn W, Rattanachaiyanon M, Benjapiban M, Ruangkajon I, editors. Gynecology. Bangkok: P.A. Living; 2011. p. 279-94.
9. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior research methods. 2007;39(2):175-91.
10. Uwais A, Al-Abadleh A, Jahameh M, Satari A, Al-Hawamdeh Q, Haddadin S. A Comparison between Total Abdominal Hysterectomy versus Total Laparoscopic Hysterectomy. Gynecology and Minimally Invasive Therapy. 2023;10.4103.
11. Farooq R, Posh S. Total Abdominal Hysterectomy Versus Total Laparoscopic Hysterectomy. A Hospital Based Study. JK Science: Journal of Medical Education & Research. 2023;25(2):82-6.